英語

**Authorization of School Attendance**

　 Dear School Principal,

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Grade　　　 Class　 Name

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ To be completed by the parent or gaurdian）

１　をまたは、○でんでください。Please write or circle the name of the disease.

|  |  |
| --- | --- |
| Catergory 1 | Name of Disease（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Catergory 2 | インフルエンザinfluenza　 Whooping Cough　 しんMeasles　 Mumps  しんRubella　 Varcella (Chicken Pox)　 Pharyngoconjunctival Fever　 Tuberculosis |
| Catergory 3 | コレラ Cholera　　　Bacterial Dysentery  Enterohemorrhagic Escherichia coli (E. Coli)  チフスAbdominal Typhoid Fever　パラチフスParatyphoid Fever  Epidemic Keratoconjunctivitis (EKC)  Acute Hemorrhagic Conjunctivitis (AHC)  そののOther Disease（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２　 Period of Suspension: From　　　Month　　　dayから to　　　　Month　　　dayまで

　ののはするおそれがなくなりましたので、してもしえないものとめます。

I hereby declare that the above patient’s disease no longer runs any risk of spreading or is contagious to others. I authorize that the above patient may return to school (kindergarten) and resume normal activities.

　　　　 Reiwai Year　　　Year　　　Month　　　day

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Doctor’s Name　　　　　　　　　　　　　　　　　 Stamp